

системы (каталаза, восстановленный глутатион, церулоплазмин, α -токоферол, ретинол). Данный эффект, возможно, реализован через изменения кислородсвязывающих свойств крови.

Литература:

1. Cbl ubiquitination of p85 is essential for Epo-induced EpoR endocytosis / G. B. [Bulut](#) [et al] // [Blood](#). – 2013. – Vol. 122, № 24. – P. 3964–3972.
2. Cerrillo, A. L. Safety and angiogenic effects of systemic gene delivery of a modified erythropoietin / A. L. Cerrillo, W. S. Bond, T. S. Rex // *Gene Ther.* – 2015. – Vol. 22, № 5. – P. 365–373.
3. Maldonado, R. F. Lipopolysaccharide modification in Gram-negative bacteria during chronic infection / R. F. Maldonado, I. Sá-Correia, M. A. Valvano // *FEMS Microbiol. Rev.* – 2016. – Vol. 40. – P. 480–493.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Хворик Н. В., Касперович Н. В., Макаревич К. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гиперандрогения – патологическое состояние, обусловленное изменением секреции и метаболизма андрогенов в женском организме – занимает важное место среди гормональных нарушений. Среди факторов, приводящих к осложненному течению беременности, перинатальной патологии, возросла роль эндокринных нарушений, в том числе гиперандрогенных состояний различного генеза [3, 4, 5]. Этиологическим фактором развития заболевания является генетически обусловленная, связанная с системой HLA, неполноценность ферментных систем в коре надпочечников или яичников, либо их одновременное нарушение. В результате наблюдается снижение уровня нормальных продуктов стероидогенеза и увеличение продукции андрогенов [2, 4]. Одной из особенностей клинического проявления гиперандрогении является наличие так называемых «стертых форм». Беременность и роды могут проявить скрытую дисфункцию органов и систем [1, 2, 3, 5]. В сложившихся условиях ферментативная неполноценность проявляется и влечет за собой целый ряд гестационных осложнений. Частота осложнений процесса гестации на фоне гиперандрогенных состояний составляет от 21 до 48% [1, 3].

Цель исследования – установить влияние различных форм гиперандрогенных состояний на течение беременности, родов, состояние новорожденных.

Материал и методы. Путем ретроспективного анализа было оценено течение беременности, родов, их исход у 32 пациентов с установленной гиперандрогенией различного генеза. Диагноз гиперандрогении устанавливался по данным лабораторных исследований. При обработке полученных результатов, анализировались данные гинекологического и акушерского анамнезов, клинические проявления патологии, возраст пациенток, методы родоразрешения, состояние новорожденных. Данные обрабатывались путем простого подсчета и с использованием программы Microsoft Office Excel 2010. Показатели представлены как $M \pm m$, где M – среднее значение, а m – ошибка среднего. Результаты исследований представлены как в виде натуральных чисел, так и в процентном соотношении друг к другу.

Результаты. Средний возраст обследованных женщин составил $26,2 \pm 3,6$ года. При анализе экстрагенитальной патологии с наибольшей частотой встречались заболевания почек – 31,3%, сердечно-сосудистой системы – 28,1%, патология органов зрения – 25%, варикозная болезнь вен нижних конечностей – 9,4%. Гинекологическая патология составила 34,4% случаев и была представлена доброкачественными заболеваниями матки и цервикальной эктопией и привычным невынашиванием – по 3 (27,3%) случая, кондиломатозом половых органов – 2 (18,1%).

Возраст наступления менархе соответствовал $14,8 \pm 0,37$ года. По данным репродуктивного анамнеза у большинства пациентов беременность была повторной – 53,1%. Родами предыдущие беременности закончились только в 15,6%, в остальных случаях – самопроизвольное прерывание беременностей в I и II триместрах. У 3 (9,4%) женщин в анамнезе отмечалось более 2-х потерь беременностей. Прием дексаметазона до 16 недель беременности зафиксировано у 19 (59,4%) женщин, с 20 по 35 неделю данное лекарственное средство применялось в 2 (6,3%) случаях.

Осложнения I триместра беременности зафиксированы в $59,4 \pm 0,5\%$ случаев и в большинстве наблюдений (89,5%) были представлены угрозой прерывания. Содержание ДГЭАС в сыворотке крови составило $7,09 \pm 2,96$ мг/дл, при этом уровень проге-

стерона колебался в пределах $114,94 \pm 68,12$ нмоль/л. Во втором триместре беременности осложнения наблюдались в $65,6 \pm 0,5\%$ случаев, из них угроза прерывания беременности составила 70%. В III триместре из $62,5 \pm 0,5\%$ наблюдений осложненного течения беременности, в 30% случаев диагностирован гестоз, в 45% - угрожающие преждевременные роды, в 40% - различные воспалительные осложнения бактериальной и вирусной этиологии. В 5 ($15,6 \pm 0,37\%$) случаях выставлен диагноз плацентарной недостаточности.

Срок беременности, в котором наступили роды составил $275,2 \pm 11,7$ дней, в трех (9,4%) случаях произошли преждевременные роды. Причиной преждевременных родов в двух случаях явилась плацентарная недостаточность с декомпенсацией кровообращения у плода, в одном случае – гестоз с нарушением функции печени.

В 68,8% роды произошли через естественные родовые пути, в остальных случаях женщины родоразрешены путем операции кесарева сечения - 10 наблюдений (31,2%). Показаниями к оперативному родоразрешению в плановом порядке (90%) явились: оперированная матка у 3 (30%) женщин; плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма – 3 (30%) наблюдения; наличие неврологической патологии с необходимостью оперативного родоразрешения по заключению специалиста у 1 (10%) пациентки; миопия высокой степени, акушерские показания в 2 случаях (20%). В экстренном порядке путем операции кесарева сечения (10%) родоразрешена одна роженица в связи с диагностированным высоким прямым стоянием стреловидного шва.

При консервативном ведении родов основным осложнением течения родового акта в половине случаев (50%) явилось несвоевременное излитие околоплодных вод: 54,5% - раннее и в 45,5% - преждевременное. Длительность I периода родов составила $6,8 \pm 1,3$ часа, II период родов имел колебания от 20 до 30 минут, III период у всех рожениц длился 10 минут. Кровопотеря в родах составила: при консервативном ведении – $295,5 \pm 86,6$ мл., при оперативном родоразрешении - $614 \pm 42,2$ мл.

Средняя масса плацент – $553,4 \pm 59,6$ гр. По результатам гистологического исследования в 46,9% случаев зафиксирован базальный и/или париетальный децидуит.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса новорожденных составила $3\,516,3 \pm 429,8$ граммов, рост – $52,9 \pm 2,65$ см. В периоде новорожденности синдром внутриутробного инфицирования диагностирован в 5 (15,6%) случаях, морфо-функциональная незрелость – в 3 (9,4%) наблюдениях. В группу риска по перинатальному поражению ЦНС и внутриутробному инфицированию включены 23 (71,9%) новорожденных.

Таким образом, беременность на фоне гиперандрогении имеет осложненное течение и представлена угрозой прерывания в I и II триместрах, в III триместре – угрожающими преждевременными родами, манифестацией заболеваний вирусной и бактериальной природы, гестозом. Течение родов в половине случаев осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод. Дети, рожденные от матерей с гиперандрогенией имеют высокий риск реализации внутриутробного инфицирования.

Литература:

1. Агаркова, Л.А. Морфологические критерии эффективности терапии плацентарной недостаточности у беременных с гиперандрогенией /Л.А. Агаркова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. - № 1. – С. 9-13.
2. Диш, О.Г. Новое в диагностике и терапии гиперандрогении надпочечникового генеза у беременных /О.Г. Диш [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2006. - № 5. – Т. 21. – С. 115-118.
3. Качалина, Т.С. Гиперандрогения и невынашивание беременности /Т.С. Качалина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. - № 3. – С. 61-64.
4. Унанян, А.Л. Синдром гиперандрогении: вопросы патогенеза, диагностики, клиники и терапии / А.Л. Унанян [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. - № 2. – С. 101-106.
5. Escobar-Morreale, H.F. A prospective study of the prevalence of non-classical congenital adrenal hyperplasia among women presenting with hyperandrogenic symptoms and sings / H.F. Escobar-Morreale [et al.] // J. Clin Endocrinol Metabol. – 2008. - № 93. – P. 527-533.